

Année 1882

N° 328

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

[Présentée et soutenue le 4 août 1882, à 1 heure.]

Par ANDRÉ FARGES

Né au mas d'Agenais (Lot-et-Garonne), le 6 avril 1855

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSTOCIE

DANS LES

CAS DE MALFORMATION UTÉRINE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. { BÉCLARD, professeur.
CH. RICHET, STRAUSS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLA Y.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHE T.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HAU LOPEAU.	MONOD.	RICHE T.
BUDIN.	HENNINGER.	CLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRI LON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA DYSTOCIE

A mon président de thèse

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR RICHEL

M. LE PROFESSEUR HARDY

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

M. LE PROFESSEUR PANAS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DYSTOCIE

DANS LES

CAS DE MALFORMATION UTÉRINE

PREMIÈRE PARTIE

Depuis que l'embryogénie a fixé d'une manière positive le mode de développement des organes génitaux, la clinique a pu mettre aisément à profit ces données certaines, pour la connaissance et l'interprétation de faits qui, sans elle, fussent forcément restés obscurs.

Dès, 1839, Kusmaül, en 1863, M. le professeur Le Fort dans sa thèse d'agrégation, en 1877, M. Polaillon ont montré l'influence que les *malformations du vagin et de l'utérus* exercent sur la *grossesse et l'accouchement*.

Un an après le mémoire de M. Polaillon, qui a paru dans les *Annales de gynécologie* (t. viii), M. le Dr Louis

Wurtz a écrit une thèse intéressante sur le même sujet, et il a réuni vingt observations, dont plusieurs fort anciennes, sur lesquelles il a basé des conclusions qui paraissent irréprochables.

Depuis cette époque on a publié un certain nombre de faits analogues : nous avons relevé ceux qui doivent prendre place à côté des anciens et qui viennent confirmer les vues des auteurs précédents. Dans une courte note bibliographique on pourra trouver, dans le cours de ce mémoire, l'indication de tous les cas utiles à connaître, pour qui voudrait fouiller la question plus attentivement encore.

Ce qui nous intéresse particulièrement et ce qui pourra donner aussi quelque intérêt à notre travail, c'est la relation de deux cas inédits, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Doleris et qui ont été recueillis à la maternité de l'hôpital Cochin, dans le service de M. Lucas-Championnière. Il s'agit dans ces deux faits d'utérus incomplètement cloisonnés, mais suffisamment bien conformés pour n'avoir pas donné lieu à une accommodation vicieuse du fœtus dans la cavité de la matrice.

La présentation était physiologique dans les deux cas et l'enfant se présentait par le sommet. Rien ne pouvait faire présumer qu'il existait une malformation de l'utérus, tant que dura la première phase du travail. Ce ne fut qu'à la phase d'évolution de la tête dans la cavité pelvienne que les difficultés commencèrent. Le sommet étant en position occipito-

illiaque droite postérieure, la rotation ne se faisait pas et malgré les tentatives de toute nature, il fut impossible de la provoquer. La terminaison de l'accouchement fut *anormale*, comme on le verra par la relation même des observations. Lorsqu'on voulut analyser la nature des conditions qui avaient pu mettre obstacle ainsi à l'exécution d'un mouvement qui s'accomplit spontanément dans la grande majorité des cas, et qu'on rechercha pourquoi l'occiput ne tournait pas en avant, on fut frappé de la forme singulière de la matrice et déjà on conçut le soupçon d'une malformation quelconque. Cette induction fut justifiée plus tard, et le simple raisonnement plaidait fort en faveur de l'influence que cette *anomalie* de l'organe gestateur avait dû exercer sur l'*anomalie* du travail. Il fut d'ailleurs démontré qu'aucune des causes qui d'ordinaire gênent ou empêchent le mouvement de rotation n'existait dans ces cas, et l'on se rejeta sur le mécanisme suivant, qui est en quelque sorte l'abrégé et le canevas sur lequel nous avons conçu notre travail inaugural.

L'existence d'une cloison incomplète séparant en deux loges le fond de l'utérus rétrécit d'autant l'espace qui est destiné à loger le siège de l'enfant, de telle façon qu'au moment des contractions cette extrémité fœtale, étroitement emprisonnée dans l'une des cornes utérines est en quelque sorte immobilisée. De là, immobilité du tronc qui ne peut en aucune façon déterminer le mouvement de roa-

tion de la tête, par une action analogue à celle qu'on exercerait sur l'extrémité d'une tige pour obtenir un mouvement sur l'extrémité opposée.

Nous savons bien que cette difficulté n'est que limitée et relative, puisqu'on a pu déterminer la possibilité du mouvement de rotation, le tronc du fœtus restant immobile. C'est grâce à la torsion du cou de l'enfant que la tête change de situation dans ces cas particuliers, et les expériences de MM. Tarnier et Ribemont ont démontré théoriquement qu'il n'y avait aucun inconvénient à cette torsion. En effet, même en déterminant un demi-tour complet de telle façon que la face est en regard du dos, le mouvement rotatoire des vertèbres autour de l'axe vertical passant par le rachis n'amène ni lésions ni même compression de la moelle.

En pratique, ce qui sur le cadavre d'un nouveau-né est démontré facile et sans dangers, doit être traité de toute autre façon, l'enfant étant vivant.

Et du reste, s'il est vrai que la rotation de la tête est possible le tronc du fœtus ne bougeant pas; s'il est vrai que par la manœuvre manuelle de M. Tarnier on peut l'aider à se faire où la déterminer d'une façon absolue; qu'en tout cas, le levier ou le forceps agissent très efficacement dans ce but; si enfin la thérapeutique obstétricale généralement acceptée, hormis par M. le professeur Pajot, consiste à user de tous les moyens pour ramener l'occiput en avant et pour cela à pratiquer

la double application du forceps, il n'en faut pas moins convenir que, dans nombre de cas, cette rotation de la tête, qui est d'ordinaire un mouvement spontané, ne se fait nullement et semble ne pas pouvoir se faire. Tout échoue : le doigt aussi bien que les instruments, et le dégagement de la tête se fait soit en occipito-sacrée, soit en position plus ou moins oblique.

M. le D^r Charpentier, professeur agrégé de la Faculté, répétait encore, dans une leçon au lit du malade, qu'il a eu occasion de faire alors qu'il remplaçait M. le professeur Depaul, à l'hôpital de Clinique d'accouchement : « Il y a des cas où il suffit d'une simple pression du doigt sur la région temporale du fœtus, d'une simple application de l'une des branches du forceps pour que la tête tourne ; il y en a d'autres où quoi qu'on fasse, elle se refuse à tourner. Tous les cliniciens ont vu de ces cas, et tous ont assisté à des ruptures du périnée produites dans ces conditions, et dues uniquement à la position oblique de la tête au moment de l'extraction. »

C'est apparemment à des cas de ce genre que l'on a eu affaire dans les deux observations inédites que nous rapportons plus loin. Il était donc bien naturel de chercher une raison à l'anomalie, consistant dans le défaut du troisième temps. Cette raison est difficile à appuyer autrement que par l'analyse, et la simple constatation du fait ; il serait fort difficile de la contrôler par l'expérimentation ; telle qu'elle s'offre à nous dans sa simplicité, nous

l'avancerons en nous appuyant sur l'idée de M. Championnière qui correspond à la théorie que nous avons émise déjà, et qui se résume en ceci : Dans certains cas, l'existence d'une cloison incomplète de l'utérus gêne l'évolution normale du fœtus à travers le conduit pelvien, en immobilisant le tronc dans un espace restreint. Si ce n'est pas la *cause unique* du défaut de rotation, c'en est assurément une cause adjuvante, et c'est à ces deux titres que nous envisagerons la question.

Nous rapporterons ensuite une troisième observation qui a trait à un cloisonnement incomplet, avec présentation défectueuse du fœtus et impossibilité de la version. Ici, encore l'éperon qui faisait saillie au niveau du fond de l'utérus rendit impossible les manœuvres nécessaires, et il fallut renoncer à extraire le fœtus par ce procédé. Cette observation a été déjà publiée dans une thèse destinée à faire connaître un nouveau procédé d'embryotomie dû à M. Lucas-Championnière. Le fait de la dystocie spéciale y est mentionné mais sans aucun commentaire.

Pour rendre l'ensemble plus clair et plus complet, nous résumerons dans un court chapitre les autres points qui ont trait à la malformation utérine et à ses conséquences, en nous appuyant sur les opinions déjà émises et sur des faits déjà connus. Nous y ajouterons les indications des observations nouvelles publiées en France et à l'étranger, que nous avons pu relever en compulsant avec soin les revues périodiques.

DEUXIÈME PARTIE

Le développement de l'utérus se fait suivant un mode constant dont voici en quelque sorte l'abrégé schématique :

1° Juxtaposition et fusion des deux canaux de Muller. Il en résulte un double conduit comparable à l'union des deux canons d'un fusil, que sépare une cloison médiane. Chacun des deux conduits communique avec la trompe correspondante.

2° Résorption et disparition consécutive de la cloison médiane de telle façon qu'à la double cavité, au double utérus, succède une cavité utérine unique.

Cette résorption se fait de bas en haut.

Nous n'entrons pas dans les détails qui regardent le développement du vagin, n'ayant aucune application spéciale à en faire.

Voici maintenant, d'après les recherches de M. le professeur Le Fort, les vices de conformation correspondant à une anomalie quelconque du développement :

1° Les deux conduits de Muller ne se soudent pas, il y a deux utérus séparés communiquant chacun avec une trompe, *utérus didelphis*;

2° Les conduits ne se soudent qu'à leur partie inférieure, et il reste une séparation à la partie supérieure sous forme d'un double diverticule d'au-

tant plus étendu que la soudure l'est moins : *utérus bicorné*.

Maintenant, la juxtaposition et la soudure des deux conduits de Muller étant parfaite, il peut arriver deux cas :

1° La cloison ne se résorbe pas, et il existe un organe unique confondu extérieurement, mais divisé en deux loges dans sa hauteur : *utérus biloculaire*.

2° La cloison se résorbe en partie, de bas en haut, et il persiste un vestige du septum utérin qui forme, dans une étendue variable sur le fond de la matrice, un éperon saillant, qui divise cet organe en deux loges, mais dans sa partie supérieure seulement, *utérus semi-loculaire*.

Les accidents, les dangers, les simples conséquences de ces malformations varient avec chacune d'elles.

A. *Utérus double*.

C'est un état histologique sur lequel nous n'avons aucune donnée en ce qui concerne la pratique obstétricale; ces malformations excessives s'accompagnent d'ordinaire de monstruosité, d'arrêt de développement incompatibles avec la vie intra-utérine.

B. Utérus biloculaire, ou complètement cloisonné.

Cette anomalie est bien connue et les observations en sont trop nombreuses pour qu'il soit possible d'en donner ici autre chose que le résumé succinct, avec les déductions pratiques.

- Benoit Vassal, 1669. — Utérus double. Onze grossesses normales, rupture à 4 mois de la douzième grossesse. Mort.
- Dionis, 1693. — Utérus double. Grossesse. Rupture utérine.
- Grüger, 1743. — Utérus double. Grossesse normale. Suites de couches pathologiques. Mort.
- Bagard, 1752. — Utérus double. Quatorze grossesses.
- Bœhmer, 1752. — Utérus et vagin doubles. Stérilité. Impossibilité du coït.
- John Purcell, 1773. — Utérus double. Grossesse. Mort dans les suites de couches.
- Canestrini, 1788. — Utérus double. Rupture au quatrième mois de la grossesse. Mort.
- West, 1824. — Utérus double. Rupture.
- Cassan, 1826. — Utérus double. Grossesses multiples.
- Tiedman. — Utérus double.
- Bouchaud. — Utérus double. Rupture utérine pendant ce travail. Mort.
- Maunoir, 1838. — Utérus et vagin doubles. Sectionnement de la cloison pour permettre les rapprochements sexuels.
- A. Bérard. — Utérus double. Dix-sept grossesses.
- Geiss, 1828. — Grossesse double. Un fœtus dans chaque loge.
- Dance, 1829. — Utérus double. Avortement à cinq mois.
- Depaul, 1833. — Utérus double. Rupture. Mort.
- Kussmaul, 1859. — Soixante-quinze cas de toute nature, réunis et présentant le tableau complet des faits de dystocie qui en sont la conséquence.
- Roser. — Utérus double. Grossesse double. Avortement du premier fœtus à 6 mois, l'autre vu à terme.

Budin, 1875. — Utérus double. Mort pendant le travail. Opération césarienne.

Ebell, 1878. — Utérus biloculaire. Avortement à 3 mois.

Hergott, 1880. — Utérus et vagin doubles. Rupture. Mort.

Barnes, 1880. — Utérus et vagin doubles. Rupture. Mort.

De ce tableau où nous avons mis en évidence les cas les plus connus et les plus curieux, il est facile de conclure :

1° La gestation est possible dans le cas de malformation. On a même observé deux fois une grossesse double ;

2° L'avortement est fréquent, mais la grossesse peut aller jusqu'au terme ;

3° L'accouchement peut s'opérer naturellement un certain nombre de fois, mais la rupture de la loge utérine gravide s'observe fréquemment ;

4° Une des loges peut expulser prématurément son contenu, le deuxième fœtus arrivant à terme, dans les cas de grossesse double.

C. *Utérus bifide ou bicorne*. — Cette sorte de malformation comporte les mêmes considérations que les précédentes lorsque les deux cornes séparées ont une indépendance suffisante.

Lorsqu'au contraire l'anomalie est peu accusée les conséquences se confondent avec celles qui dépendent de la quatrième espèce de malformation et que nous allons envisager maintenant avec soin.

D. *Utérus semiloculaire.* — La seule différence qui sépare les deux variétés suivantes : *utérus légèrement bicorne*, *utérus semiloculaire*, tient à la dépression antro-postérieure sous forme de sillon qui sépare en deux saillies le fond de la matrice dans la première et l'absence de ce sillon dans la deuxième variété.

Hormis ce point, la forme générale est la même : augmentation du diamètre transversal de l'utérus, forme biloculaire lorsqu'on regarde la cavité utérine, et présence d'une crête ou éperon, étendue d'avant en arrière, séparant les deux loges.

Comme conséquences, on a constaté :

1° La fréquence et la répétition des présentations transversales du fœtus ;

2° L'inertie utérine ;

3° L'insertion vicieuse du placenta.

Nous y ajouterons de par nos trois observations :

4° La difficulté de l'évolution du fœtus en égard au mécanisme physiologique du travail dans la présentation du sommet ;

5° La difficulté de la version dans la présentation du tronc.

Nous n'insisterons point sur les détails intéressants du diagnostic, notre but étant plutôt de mettre à jour quelques considérations nouvelles que de répéter en l'augmentant ou en le commentant, ce qui a déjà été fait par d'autres.

OBSERVATION I. (Communiquée par M. le Dr Doléris.)

Défaut de rotation. — Utérus bicorne.

La nommée Gilot, femme Courant, âgée de 29 ans, journalière, entre le 5 février 1879 dans le service de M. Lucas-Championnière, à la maternité de l'hôpital Cochin, lit n° 40.

Cette femme est d'un bon tempérament et de constitution robuste.

Elle est primipare. Bien réglée dès l'âge de 14 ans, ses menstrues ont apparu pour la dernière fois à la fin du mois de mai.

Le développement de l'utérus est celui de l'époque du terme ou peu s'en faut. La grossesse n'a présenté aucun trouble digne d'être noté.

Le travail débute dans la nuit du 4 au 5 février, et ce même jour, à 10 heures du matin, la dilatation est égale aux dimensions d'une pièce de 5 francs.

La présentation est celle du sommet fléchi : l'occiput regarde à droite et en arrière, ce qu'il est facile de constater par le toucher et par le siège occupé par la fontanelle postérieure. Le dos du fœtus est assez difficilement accessible sur la zone droite de l'abdomen. C'est toutefois à ce niveau que s'entendent les bruits cardiaques, avec leur maximum d'intensité. La région abdominale antérieure est occupée par les petites parties.

Ce qui frappe surtout, c'est la forme bilobée de l'utérus. Il semble que son fond soit constitué par deux loges que sépare une dépression antéro-postérieure, peu profonde, mais cependant fort nette. La loge droite est manifestement occupée par le siège du fœtus ; elle est plus élevée, plus volumineuse, et au moment des contractions elle s'applique exactement sur l'extrémité fœtale, de telle sorte qu'elle constitue une tumeur très ferme, n'offrant pus aucune sorte de rénitence. La loge gauche est située plus bas, et pendant les douleurs, elle bombe ; mais la palpation pratiquée à ce moment montre bien que le liquide amniotique vient s'y réfugier en partie, et que c'est à ce reflux qu'est due sa saillie au moment des contractions. Il en résulte que la dépression en gouttière qui sépare les deux cornes utérines s'accroît au moment où la matrice se contracte.

Toutefois il y a une différence de plus de moitié dans le volume

comparé des deux lobes en question, celui qui contient l'extrémité pelvienne du fœtus restait du double plus volumineux.

C'est là assurément un cas de malformation utérine, d'utérus *semi-septus*, autant qu'on en peut juger par l'extérieur. Cette forme, bilobée et élargie du fond de l'organe, qui l'a fait comparer à la figure d'un cœur de carte à jouer est ici nettement représentée.

Dans la journée, la dilatation fait de rapides progrès et la poche des eaux se rompt spontanément à 5 heures du soir. Le travail paraît marcher d'une façon normale.

On sent maintenant la tête qui a franchi l'orifice et qui tend à faire sa rotation, ce dont on juge par la légère impulsion rotatoire que lui imprime à chaque contraction l'effort de la matrice.

La fontanelle postérieure, néanmoins, qui se déplace peu à chacun de ces efforts, revient à sa situation première dans l'intervalle de chaque douleur; il semble même qu'au bout de quelque temps elle se fixe dans sa position postérieure.

Le dos du fœtus ne varie pas de place, le maximum des bruits du cœur est à droite et en arrière.

Depuis l'écoulement des eaux, la corne utérine gauche fait à peine une légère saillie, et la figure de la matrice est devenue irrégulière, par l'inégalité maintenant évidente, du développement des deux cornes.

Le travail continue assez régulièrement. Chose notable, la contraction de l'utérus est uniforme et ne s'affaiblit pas.

Vers huit heures du soir, la sage-femme de garde m'informe que le travail n'avance pas et que cela tient apparemment au défaut de rotation de la tête, car les douleurs sont bonnes et il n'y a aucun signe d'inertie de la matrice.

En effet, elle se contracte bien, durcit à chaque effort et par le toucher le doigt perçoit très nettement le léger mouvement que l'occiput effectue vers la gauche pour se rapprocher de la symphyse.

J'emploie la méthode de M. Tarnier, sans y réussir, à faire tourner la tête. Je vérifie la position du tronc du fœtus qui n'a pas varié. Le dos regarde toujours en arrière.

A partir de ce moment, et peut-être à cause de l'excitation produite par mes tentatives, les contractions deviennent sub-intran-

tes: il y a comme du tétanisme de la matrice. On se décide à attendre un peu avant de songer à intervenir définitivement.

A minuit, je retourne voir la parturiente. Elle venait d'accoucher. La tête avait franchi le périnée en occipito sacrée. Il y a une déchirure assez notable du périnée. La délivrance s'effectue facilement.

On applique une serre-fine sur la déchirure.

6 février. Au matin, la femme va bien. La température est normale. En raison de la longueur du travail et des prévisions que cela inspire pour les suites de couches, on administre 0 gr. 40 c. de sulfate de quinine.

Le 7. Au matin, même état. On enlève la serre-fine. La réunion s'est faite sur l'étendue de 1 cent. 1/2.

Les suites sont normales. L'enfant était de volume normal.

OBSERVATION II. (Maternité de l'hôpital Cochin, communiquée par M. Doléris.)

Utérus légèrement biloculaire. — Défaut de rotation. — Hémorrhagie de la délivrance. — Extraction artificielle du placenta.

Due (Alexandrine). 26 ans, multipare, n° 41. Entre à la Maternité de Cochin pour y faire ses couches, le 41 avril 1879. La présentation était celle du sommet en occipito-iliaque droite postérieure franche.

L'utérus n'était nullement irrégulier et rien ne faisait soupçonner un vice de conformation, par la palpation du ventre. Seulement on constatait aisément que le siège du fœtus était logé dans l'angle gauche où il paraissait fixé, car durant tout le travail il ne changea point de place et le dos resta constamment tourné en arrière.

Je n'ai pas assisté à l'accouchement, mais après vingt-deux heures de travail, immédiatement après la sortie du fœtus qui était petit et ne pesait que 2,450 grammes, il survint une hémorrhagie et la sage-femme de garde me fit prévenir. Elle me raconta que la position ne s'était pas réduite et que l'occiput s'était dégagé en arrière; que le travail avait langué pendant un certain temps, des contractions s'étant espacées, et étant devenues plus faibles;

qu'enfin les douleurs n'avaient reprise, énergiques et soutenues, qu'une demi-heure environ avant la fin.

La femme perdait du sang en assez grande quantité et n'était pas délivrée. J'introduisis ma main dans la matrice pour rechercher le placenta et je reconnus de la manière la plus nette qu'il existait deux loges séparées par un éperon, divisant en deux le fond de l'utérus. Le placenta était inséré dans la corne droite. D'ailleurs l'opération fut facile et je pus sans peine aucune entraîner le délivre. J'eus le temps d'examiner à loisir la cavité utérine et de m'assurer que du côté gauche la paroi était un peu plus mince et plus souple que du côté droit ; que le tissu était flasque et ne revenait que fort lentement sur lui-même.

Dès que j'eus débarrassé l'organe du placenta et des caillots qu'il contenait et pratiqué une injection phéniquée froide dans le vagin, je pus me rendre compte de l'existence d'un léger sillon médian séparant les deux cornes et accusant assez bien la forme bilobée à l'extérieur. La rétraction se fit normalement et le sang ne reparut pas.

Les suites furent normales.

Après la lecture de ces deux observations on est frappé d'un premier fait : *coïncidence* de la bifidité utérine avec le *défaut de rotation*.

Si l'on recherche ensuite pour quelles raisons il semble que la position postérieure n'ait pas pu se produire, on arrive à ceci : dans le premier cas, primiparité — contractions énergiques — enfant de volume normal. Dans le deuxième cas : multiparité — travail languissant — petit enfant. De plus : hémorragie après l'accouchement.

Nous ne voulons pas ici passer en revue toutes les théories qui ont été émises pour expliquer le mouvement de rotation de la tête et qui sont consignés dans les auteurs classiques. On les trouve

développées au complet dans la thèse d'agrégation du Dr Martel de 1878 sur l'*accommodation*. Si on possédait à cet égard des notions certaines, il serait relativement aisé de déduire du défaut d'une des conditions nécessaires à ce mouvement, la cause de la non-réduction de la position, mais, MM. Tarnier et Chantreuil après avoir exposé un mécanisme ingénieux, de nature selon eux à donner une idée juste de la chose, n'en ajoutent pas moins comme conclusion que la vraie cause est dans la nécessité de ce mouvement, dans la loi finale de l'*accommodation* pour le passage de la tête. Il est facile de voir que la science est loin de posséder la clef de ce point intéressant.

Toutefois, on sait que la *multiparité*, le *petit volume de l'enfant*, d'après les expériences de P. Dubois, favorisent le défaut de rotation ; or, ces deux conditions sont réunies dans notre seconde observation, mais elles manquent dans la première. Dans le premier cas, il y a eu une suite de contractions utérines irréprochables ; dans le second, il paraîtrait qu'à un moment donné les douleurs ont faibli et d'ailleurs l'hémorrhagie qui a apparu au moment de la délivrance était bien le fait d'un certain degré d'inertie utérine.

Dire que dans un cas c'est l'excès des contractions, que dans l'autre c'est l'inertie qui rend compte du travail anormal, serait un peu risqué, ce nous semble. Cependant nous tenons à n'être point par trop exclusifs, et nous émettons l'avis, sous

toutes réserves d'ailleurs, que le tétanisme utérin a pu jouer un rôle, et ce rôle nous l'avons déterminé en commençant; et que l'inertie nous paraît de nature à rien expliquer. En effet, les contractions faiblissent, ou cessent même tout à fait, la tête conserve sa position; viennent-elles à reprendre, le mouvement tournant s'exécutera s'il doit s'exécuter; l'inertie qui a précédé ne peut en rien nuire à sa production.

Puisqu'il nous faut donner ici une explication, nous ajouterons une hypothèse à celles qui ont été émises déjà. La tête fœtale, avons-nous dit, peut tourner sans que le tronc bouge. C'est un fait avéré.

Mais il est bien certain, à notre avis, que cette immobilité du tronc gêne le mouvement de rotation. En d'autres termes, s'il n'est pas indispensable que le tronc suive la tête, le mouvement de celle-ci sera d'autant plus lent à se produire que le tronc sera moins mobile. A chaque effort, on verra l'occiput commencer son évolution vers la symphyse pubienne, mais au lieu de rester fixé au point atteint, il gagnera un peu de terrain à chaque contraction. Dès que la douleur aura cessé on le verra reprendre sa situation primitive et se remettre en position harmonique avec le dos de l'enfant. La rotation complète ne s'obtiendra que par un mouvement brusquement effectué qui d'un seul effort portera l'occiput sous l'arcade pubienne.

Ces réflexions nous sont suscitées par la première observation qui a offert ces particularités.

Il nous faut donc en arriver à faire jouer un rôle à l'existence d'une anomalie de l'utérus. Nous avons vu dans un cas l'immobilité du tronc, à chaque douleur, rendue évidente par l'accentuation de la forme de la partie pelvienne du fœtus saisie et étroitement étreinte par la corne utérine correspondante. On peut hasarder l'opinion que si l'extrémité fœtale eût été libre de se déplacer aisément, au lieu d'être enserrée, le tronc eût pu suivre le mouvement de la tête et que la rotation en eût été d'autant plus aisée. *C'est dans cette limite seulement* que nous émettons notre hypothèse.

Quand à la deuxième malade, la même explication lui est applicable, car si pendant la période de lenteur du travail on ne peut invoquer la striction exercée par la corne utérine sur le siège du fœtus, il faut bien admettre qu'elle n'était point à redouter; les mouvements d'évolution du fœtus, on le sait, s'accomplissent pendant la durée de la contraction. Cette action constrictive ne pouvait avoir d'influence que pendant la période de travail actif, et cette influence, comme dans le cas précédent, a dû s'exercer d'une manière fâcheuse.

Nous allons rapporter des observations ayant également trait à des utérus *semi-loculaires*, mais intéressants à des titres différents,

La suivante est celle qui a donné à M. Polaillon

l'idée de son mémoire; nous la transcrivons en première ligne.

OBSERVATION III.

Présentation du tronc. — Insertion centrale du placenta. — Hémorrhagies. — Mort. — Utérus incomplètement cloisonné (1).

La nommée P..., âgée de 27 ans, est enceinte pour la première fois et paraît arrivée au terme de huit mois et demi. Il y a un mois, une hémorrhagie peu abondante se produisit sans cause connue et s'arrêta d'elle-même.

Quinze jours plus tard, apparition d'une deuxième hémorrhagie plus abondante que la première. Le 24 février, une troisième hémorrhagie survint pendant le sommeil et dura plusieurs heures. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie pendant la nuit. La malade dit avoir perdu une cuvette de sang et s'être évanouie pendant cette perte. Elle se décida alors à entrer à la Maternité, où elle arriva le 27 février à 9 heures 1/2 du matin.

Le ventre, au lieu d'avoir une forme ovoïde, à grand diamètre vertical, était élargi transversalement. Le palper faisait reconnaître l'extrémité pelvienne du fœtus, dans le flanc gauche, et l'extrémité céphalique dans le flanc droit. Entre ces deux extrémités saillantes, il y avait une dépression au niveau de l'ombilic, dépression appréciable à la vue et au toucher. Il s'agissait d'une présentation céphalo-iliaque droite, dos en avant. Les bruits du cœur s'entendaient un peu au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal donnait la sensation d'un col court, épais, entr'ouvert. Le doigt engagé avec précaution dans l'orifice, arrivait sur une masse charnue, épaissie, qui n'était autre chose que le placenta. On ne pouvait sentir avec le doigt aucune partie du fœtus. La patiente ne souffrait pas et ne perdait pas de sang, mais elle était pâle et affaiblie. Je prescrivis le repos absolu et le tamponnement, dès que l'hémorrhagie reparaitrait.

(1) Lue à la Société de chirurgie dans la séance du 7 mars 1877.
Pouillon.

A 6 heures 50 minutes du soir, le sang se remit à couler en abondance. Mme Callé appliqua aussitôt un tampon très complet formé avec des boulettes de charpie. La nuit du 27 au 28 se passa sans accident. Les contractions utérines se développèrent. Le 28 février, à 8 heures du matin, des contractions revenaient toutes les 10 minutes et le tampon commençait à s'imbiber de sang. A 9 heures, le tampon fut enlevé.

L'orifice utérin avait la dimension d'une pièce de 5 francs et son pourtour était rigide. Les battements du cœur fœtal étaient ralentis. Il n'existait qu'un suintement sanguin insignifiant. A 10 heures 20 minutes, le suintement étant devenu un peu plus abondant, j'introduis dans le vagin un ballon de caoutchouc que je distends avec 750 gr. d'eau froide. Sous l'influence du ballon, les contractions deviennent fréquentes et énergiques, sans écoulement extérieur de sang, mais en même temps que la patiente fait des efforts d'expulsion, sa face pâlit et une syncope est imminente. Au bout de 5 minutes d'efforts, elle expulse le ballon avec un caillot du poids de 515 grammes.

Cette nouvelle perte de sang me décide à terminer immédiatement l'accouchement. L'orifice n'ayant qu'une dilatation grande comme 5 francs, j'incise le col dans deux points et dans l'étendue de 1 centim. $1/2$ environ. Puis, sans retirer la main droite que j'avais introduite pour ce débridement, je traverse le col, je perfore le placenta et je vais saisir les pieds. A 10 heures 30, le siège est dégagé. Les bras relevés sur le côté de la tête nécessitent une manœuvre qui dure 5 minutes. Enfin, après quelques efforts exigés par la rétraction de l'orifice utérin autour du cou, la tête est extraite.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,950 grammes.

Elle ne présentait plus de battements cardiaques et tous les soins pour la ranimer furent sans succès.

Le cordon avait été détaché à son insertion placentaire pendant la perforation du placenta avec la main. La mère n'avait pas perdu de sang pendant la version. La moitié du placenta environ suivit la sortie de la tête.

L'utérus se rétracta rapidement, et pour plus de sûreté on comprima l'aorte depuis 10 heures 35 minutes jusqu'à 10 heures 50 minutes. Il n'y avait aucune perte de sang. On plaça la patiente dans une situation horizontale, la tête plus basse que les pieds, et tout mouvement lui fut interdit. Une cuillerée de rhum sucré

alternant avec du bouillon froid lui fut ordonnée toutes les 10 minutes. A 11 heures 28 minutes, un petit écoulement sanguin reparut, on retira le reste du placenta et l'hémorrhagie cessa.

A 11 heures 1/2, je quittai l'opérée qui se trouvait malgré sa grande faiblesse, dans un état assez satisfaisant et j'emportai la conviction que sa vie était sauvée.

Pendant mon absence, l'amélioration ne se soutint pas. Bientôt la faiblesse fit de nouveaux progrès et à 1 heure 40 minutes, la malade succombait sans que l'hémorrhagie se fut reproduite et sans avoir fait le moindre mouvement depuis la délivrance. La transfusion était indiquée lorsqu'on vit survenir l'état syncopal qui a précédé sa mort. Mais je n'étais plus auprès de la malade et j'ai le regret de n'avoir pas été prévenu pour tenter cette dernière ressource.

L'autopsie ne put être faite, mais on put enlever l'utérus et la partie supérieure du vagin.

En examinant l'utérus, nous sommes frappé de lui trouver la forme d'un cœur de carte à jouer au lieu de la forme globuleuse qu'on rencontre après l'accouchement. L'examen de la face interne du col et du segment inférieur de l'utérus donne la preuve que l'insertion du placenta avait lieu sur l'orifice interne, centre pour centre. Nous constatons en même temps que les incisions du col siègent à droite et à gauche, qu'elles s'étendent jusqu'à l'insertion du vagin et qu'elles n'ont pas produit une déchirure du tissu utérin remontant plus haut. La cavité du corps ne présente pas de cloison médiane. Pour avoir la forme exacte de cette cavité, j'engageai M. Ribemont à en prendre le moule en y coulant du plâtre.

Ce moule présente, à sa partie supérieure, deux lobes latéraux séparés par une dépression, ce qui indique que la paroi supérieure de l'utérus portait sur la ligne médiane un éperon saillant en dedans et divisant le fond de la cavité utérine en deux excavations, l'une droite, l'autre gauche. Cet éperon est le vestige de la cloison qui constitue le vice de conformation connu sous le nom d'utérus *cloisonné* ou *bipartitus*.

Voici quelles sont les dimensions du moule, c'est-à-dire de la cavité utérine :

Entre l'orifice du col et la saillie de l'éperon...	20 cent.	»
Entre la partie médiane de l'orifice du col et le fond de l'excavation droite.	24	»
Farges.	4	

Entre le même point du col et le fond de l'excavation gauche	23	50
Largeur maximum au niveau du corps	20	50
Largeur au niveau du col.	9	50
Distance maximum entre la face antérieure et la face postérieure au niveau du corps.	13	»
Distance entre les faces antérieure et postérieure au niveau du col	6	50
Hauteur du col	4	»

En coupant la paroi utérine au niveau de l'éperon on constate qu'il existe là un épaissement considérable formé par une accumulation de fibres musculaires, de telle sorte que l'inspection de la face externe de l'utérus ne donne qu'une idée fort incomplète de la conformation de sa cavité.

L'insertion des trompes n'offre rien de particulier.

La tête du fœtus était située dans l'excavation droite; son siège dans l'excavation gauche. Son dos regardait en bas et en avant, et le contour du cou est marqué par une légère saillie sur la face antérieure du moule. La face postérieure de celui-ci est moins bombée que la face antérieure.

Dans les deux observations qui suivent on a constaté la forme bilobée pendant l'accouchement. L'observation IV est intéressante en ce qu'elle montre l'efficacité de l'intervention préventive de la version par manœuvres externes.

L'observation V contraste avec celle que nous publierons en dernier lieu, en ce que la version, faite avant l'écoulement des eaux, fut très facile. L'on verra, en effet, qu'il doit en être ainsi, car l'influence de la malformation utérine s'exerce surtout après la rupture des membranes.

OBSERVATION IV.

Observation communiquée par M. Doublet, interne provisoire à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Broca (thèse de Wurtz, 1878).

La nommée J. . . ., âgée de 21 ans, domestique, étiat apportée à Necker, salle Sainte-Thérèse, le 27 novembre 1877, pour des douleurs articulaires siégeant entre les deux épaules et dans les deux genoux. Les douleurs étaient assez intenses pour gêner complètement la marche, elles avaient fini par se localiser dans le genou gauche et avaient déterminé à la longue une rétraction de la jambe sur la cuisse de ce côté. Jamais on n'avait noté de troubles du côté du cœur.

D'abord traitée dans un service de médecine, la malade fut évacuée le 18 décembre, dans un service de chirurgie; là, on pratiqua le redressement du membre et la guérison fut complète dans les premiers jours de janvier.

A son entrée, la malade était enceinte d'environ huit mois, elle en était à sa première grossesse et celle-ci s'était passée sans le moindre accident.

Le ventre était assez développé, mais ce qui frappait, à première vue, c'était le défaut d'uniformité que présentait ce développement. Il existait en effet, au niveau de l'ombilic une dépression centrale de la paroi abdominale et de chaque côté de cette dépression se trouvait une saillie volumineuse. Le bord supérieur de l'utérus se dessinait nettement à travers la peau et se sentait à la palpation d'autant mieux, qu'il survenait par intervalles des contractions utérines qui accentuaient sa forme; l'utérus prenait à ce moment, de la façon la plus nette, la forme d'un cœur de carte à jouer. En un mot, on sentait, en explorant le ventre avec la main, que l'utérus était bilobé au niveau de son fond.

De chaque côté de la dépression centrale, au niveau des saillies que nous avons décrites, la dureté s'exagérait à chaque retour des contractions, et un examen superficiel pratiqué à ce moment aurait pu faire croire à l'existence de deux têtes fœtales, logées chacune dans l'un des lobes de l'utérus. Cependant, si l'on palpait

attentivement dans l'intervalle des contractions utérines, on ne tardait pas à reconnaître qu'il existait, du côté droit seulement, une masse dure, arrondie, représentant la tête de l'enfant; la masse logée dans le lobe gauche, plus inégale, moins nettement circonscrite, correspondait évidemment aux petites parties. Enfin, on sentait au-dessus de la symphyse pubienne et transversalement étendue de l'une des saillies précédentes à l'autre, une masse large plus dure, plus résistante, qui n'était autre chose que le dos. C'est à ce niveau qu'on entendait le maximum des pulsations fœtales au nombre de 120.

Au toucher, on trouvait un col ramolli, assez long, non entr'ouvert; l'exploration de l'excavation démontrait qu'il n'y avait aucune partie engagée.

Le diagnostic posé fut donc : présence d'un seul enfant dans la cavité utérine et présentation de l'épaule gauche en acromio-iliaque droite.

La malade reste plusieurs jours dans cet état.

Un matin l'un des internes essaye à l'aide de manœuvres externes de ramener la tête au-dessus du détroit supérieur : cette manœuvre s'opère sans la moindre difficulté, mais la tête ne tarde pas à revenir se loger dans le lobe droit, où elle se trouvait primitivement.

Le 23 janvier, M. Pinard voit la malade, il confirme le diagnostic posé plus haut. Enfin il pratique, mais à titre d'essai seulement, la version par manœuvres externes, se proposant de revenir le lendemain et d'appliquer la ceinture pour maintenir la nouvelle position qui lui aura été donnée. Pendant cette manœuvre, on constate que la tête du fœtus quitte le lobe droit de l'utérus pour se porter vers la ligne médiane et en bas, tandis que le tronc remonte au contraire en sens inverse en haut et à gauche, et que les pieds glissent transversalement de gauche à droite. De plus, le maximum des bruits du cœur s'entend maintenant à gauche au-dessous de l'ombilic.

Quand M. Pinard revient le surlendemain pour appliquer la ceinture, il constate que le fœtus est resté dans la situation qui lui avait été donnée; de plus la ceinture étant trop large et trop grande pour la malade, il s'abstient de toute intervention.

Le lendemain, 27 janvier, l'accouchement se termine par une présentation du sommet.

La rupture des membranes a lieu spontanément à 8 heures du soir.

Deux heures plus tard, au moment où la tête arrive sous la symphyse, on constate une procidence du cordon, qui se trouve comprimé entre la tête et la symphyse, et l'on fait une application de forceps pour terminer l'accouchement.

L'enfant naît mort; il présente deux circulaires autour du cou. L'insufflation laryngienne ne peut le rappeler à la vie.

Délivrance normale.

Trois jours après l'accouchement, la malade est prise d'une fièvre assez intense: la lactation s'établit, lochies normales.

2 février. La malade est prise de bronchite. Fièvre intense, temp. 39°; douleurs vives dans le ventre; à la palpation de l'abdomen, on constate que le fond de l'utérus s'élève de cinq travers de doigts au-dessus de la symphyse et a conservé la forme bilobée; la palpation est douloureuse à ce niveau.

Traîement. Repos, cataplasme laudanisé sur le ventre; potion calmante.

Les jours suivants, l'état de la malade ne fait que s'aggraver. Elle est prise, le 19 février, de phlegmatia alba dolens, et finit par succomber au bout de trois semaines.

A l'autopsie on constate que l'utérus est revenu sur lui-même; on trouve un peu de pus dans l'épaisseur de ses parois dans un point très circonscrit. Il existe un vaste abcès du ligament large du côté gauche; la collection purulente ne renferme pas moins d'un demi-litre de pus, et il s'est formé à son voisinage de larges fusées qui se sont étendues dans le petit bassin et ont gagné jusqu'au sacrum et à la fosse iliaque du côté gauche.

La veine crurale gauche et la veine iliaque primitive correspondante renferment une assez grande quantité de pus.

Tous les autres organes sont sains, à l'exception des poumons qui sont le siège d'une assez forte congestion au niveau de leur base, mais ils ne renferment pas de tubercules.

OBSERVATION V.

Difformité singulière de la matrice ayant amené la présentation du bras de l'enfant dans trois accouchements consécutifs. Observation publiée par le Dr Lecuiyse (1).

Appelé le 4 août 1844 pour un troisième accouchement chez une femme de petite stature dont les premières parturitions avaient nécessité la version de l'enfant à cause de la présentation du bras, je fus fort étonné de rencontrer pour la troisième fois cette même position. Je ne pensais pas pour le moment pouvoir m'expliquer cette fréquence si bizarre de présentation transversale; mais en portant une main sur le ventre de la femme, dans un moment où je pratiquai de l'autre le toucher, il me sembla trouver le bord supérieur de la matrice si bas et si rapproché du pubis, que je crus que cet organe n'était qu'à demi développé, ou qu'il se trouvait dans un état d'antéversion ou dans quelque autre position vicieuse.

En examinant l'abdomen de plus près, je reconnus que ces dernières suppositions n'étaient pas fondées, et ce ne fut qu'en comparant le peu d'élevation de l'utérus et le grand développement des flancs, que je supposai quelque difformité dans l'organe gestateur. En effet, les parties latérales de l'abdomen étaient évidemment beaucoup plus proéminentes que dans les cas ordinaires et elles dépassaient tellement les hanches que cette disposition donnait à cette femme une largeur qui contrastait singulièrement avec sa petite stature.

Sa matrice, au lieu d'être pyriforme dans le sens vertical, présentait, pour ainsi dire, une sorte d'ellipse, dont les extrémités du grand axe correspondaient respectivement au centre des flancs : elle avait donc ici en largeur ce qu'elle perdait en hauteur, et c'est à cette singulière anomalie que j'ai cru devoir attribuer la fréquence de cette position horizontale du fœtus, le plus grand diamètre de l'ovoïde fœtal se trouvant alors en parfait parallélisme avec celui de la cavité elliptique de l'utérus.

Toutes les autres dispositions des parties génitales se trouvaient à l'état naturel, seulement le col me parut un peu plus élevé, ce

(1) Annales de la Société de médecine d'Anvers, fév. 1845.

qui pouvait dépendre de l'absence de pression de quelque partie saillante de l'enfant.

La version se fit d'une manière facile et heureuse, les eaux n'étant pas encore entièrement écoulées.

Le globe utérin conservait après l'accouchement, à son bord supérieur une certaine dépression qui rendait plus sensibles et plus saillants les angles que ce bord forme en se réunissant avec les bords latéraux ; ce qui prouve la persistance de la difformité du viscère à l'état de vacuité.

Notre but n'étant pas de faire l'histoire complète de la dystocie dans les malformations utérines, on comprendra que nous nous en tenions à de simples mentions pour ce qui ne touche pas directement à notre sujet. Donc nous ne dirons pas quelles explications ont été données du mécanisme de la présentation transversale du fœtus dans ces cas, nous n'entrerons pas dans les détails du pronostic et du traitement, nous bornant à exposer ce qui nous est personnel. L'observation suivante montre la difficulté qu'on éprouve dans les manœuvres nécessaires à la version du fœtus qui était en présentation du tronc.

OBSERVATION VI (Thèse de Grenier.)

La nommée L..., cuisinière, âgée de 49 ans, bonne constitution, entre à la maternité annexe de Cochin le 12 juin 1879. Elle est primipare, ne présente aucune trace de rachisme, bien qu'elle soit de petite taille et qu'elle ait marché très tard (à 44 ans).

Les douleurs ont débuté le 11 à 9 heures du matin.

Le 12. Les douleurs se sont déclarées plus vives, continues et

régulières pendant toute la journée. Dès 10 heures du matin, le col est complètement effacé ; l'orifice encore fermé admet difficilement la pulpe du doigt. A 4 heures du soir, la dilatation est comme 1 franc ; les membranes sont épaisses et tomenteuses. On reconnaît la présentation et la position qui est en scapulo-iliaque gauche de l'épaule gauche ; le dos est en avant ; la tête est très haut dans le flanc gauche ; le siège occupe le même niveau du côté droit. Le maximum des bruits fœtaux est à droite ; ils s'entendent aussi à gauche, mais moins bien ; on suppose que le placenta est inséré à gauche et en bas, et masque, par sa présence, les bruits du cœur au foyer maximum. On entend d'ailleurs un bruit de souffle intense à gauche de la ligne médiane. La température axillaire droite, à 5 heures, 36° pendant les douleurs, et 36°3 dans l'intervalle. A 6 heures 1/2 elle est de 37° ; à 8 heures 1/2, les eaux s'écoulent. L'engagement de l'épaule s'effectue immédiatement, la main gauche, la paume en avant ; le diagnostic est donc vérifié. Les contractions utérines sont incessantes, l'utérus est comme tétanisé. A 10 heures, je tente la version, la femme était endormie, mais présentant une grande résistance à la chloroformisation. J'éprouve une difficulté énorme à franchir la vulve ; dans l'excavation ma main est immédiatement paralysée par la violence des contractions. Je reconnais néanmoins que le siège est logé dans la corne droite de l'utérus, plus développée que la gauche dont elle est séparée par une cloison contractile formant éperon de trois travers de doigt environ. J'ai donc affaire à une malformation très accentuée, à un utérus bicorne ; il est impossible de saisir une extrémité, d'accrocher même la cuisse. Après des tentatives répétées, mais modérées d'une durée de 25 minutes, je renonce à l'opération. Des injections phéniquées sont pratiquées avec soin, la malade est mise au repos et reste sous l'influence du chloroforme.

A minuit 21, arrivée de M. Championnière. Nouvelle administration de chloroforme, la femme est tout à fait endormie. Un lac est fixé sur le bras procident.

Dans un premier temps opératoire, une ouverture est pratiquée au moyen des ciseaux de Blot ; c'est le seul point du fœtus sur lequel on arrive ; on pratique une éviscération très complète ; le poumon, le foie et l'intestin sont successivement attirés à l'extérieur.

Dans un deuxième temps opératoire, on attaque la colonne

vertébrale sur deux points, à la région cervicale d'abord, puis à la région dorso-lombaire, et on opère facilement la discision des corps vertébraux.

Cette double perforation est faite au moyen du petit perforateur de M. Championnière. Dès lors la flexion du siège sur le tronc devient d'une facilité extrême.

Dans un troisième temps, l'épaule est abaissée au moyen du petit crochet de M. Championnière et on pratique l'amputation du bras procident au niveau de l'épaule. Durant toute cette partie de l'opération, l'utérus se contracte constamment, et il devient inutile de fixer le fœtus.

Dans un quatrième temps opératoire, on abaisse le segment inférieur et on l'engage sans difficultés, à l'aide du crochet et de la main, en prenant des points d'appui sur le bassin et sur les parties molles du ventre du fœtus. Le siège est fléchi sur le tronc et extrait.

Enfin, dans un cinquième temps, on extrait la tête et le bras restant sans difficulté.

Délivrance immédiate; injection d'ergotine par la méthode sous-cutanée; et injection d'eau phéniquée forte dans le vagin et l'utérus.

L'opération est terminée à 1 h. 45, ayant duré en tout environ une heure, en tenant compte des préparatifs et de la toilette de la femme. Compresse phéniquée sur la vulve.

Nuit bonne; dès le lendemain matin, sulfate de quinine à faible dose; température normale.

Grâce au traitement externe, antiseptique, d'une part, et à l'administration quotidienne de 80 centigrammes de sulfate de quinine au début et de 20 centigrammes à la fin, la malade se levait au bout de 10 jours, le 23 juin. La fluxion mammaire a paru le 17, et donna une élévation thermique d'à peine 5 dixièmes de degré.

Cette malade est une de celles chez lesquelles l'examen des lochies a été soigneusement institué. Elles n'ont jamais présenté trace d'organismes parasitaires; elles n'ont jamais eu d'odeur fétide.

Le 13, au soir. La température était de 37,2.

Le 14. 38,2 matin, et 38° soir.

Le 15. 37,2 m., et 37° s.

Le 16. 37° m., et 36,9 s.

Le 17. 37° m., et 33,3 s. (fluxion mammaire).

Farges.

Le 18. 36,4 m., et 36,5 s.

Le 19. 36,4 m., et 37,6 s.

Le 20. 36,5.

Le 23. 37,2 m., et 36,5 s.

A la lecture de cette observation, on est frappé évidemment des points de ressemblance qu'elle offre avec les cas très ordinaires, où la poche des eaux étant rompue, le liquide amniotique écoulé, la matrice se contracte directement sur le corps du fœtus et rend impossibles, ou du moins très difficiles, et l'introduction de la main, et surtout l'évolution du fœtus. Donc, il semble qu'il n'y aurait ici à tenir compte que de ce fait banal et d'ailleurs bien connu : le tétanisme utérin est une conséquence fréquente de cet état. Et cependant telle n'est pas notre pensée. En effet, l'introduction de la main a été difficile, c'est vrai, mais une fois dans l'utérus, la main de l'opérateur n'a pu arriver sur les petites parties, et c'est à cause de l'impossibilité de prendre sur l'extrémité pelvienne du fœtus un point d'appui quelconque que l'opération n'a pu être faite. Le siège n'était pas accessible : tout entier caché et serré dans l'une des cornes, il y était tellement à l'étroit qu'il ne fallait pas songer à glisser un ou deux doigts entre la paroi de la matrice et une partie quelconque que l'on aurait ainsi pu dégager. C'est ce que dit l'auteur de l'observation, et il s'est bien rendu compte de la difficulté en constatant l'existence d'un éperon musculaire qu'il a pu contourner et dont il a pu appré-

cier les proportions et la direction. Il ne peut donc pas y avoir de doute à cet égard. S'il eût pu accrocher un pied ou le siège lui-même on pourrait savoir si l'évolution eût été bien aisée, ce qui nous paraît peu croyable, car il aurait fallu violenter énormément l'extrémité fœtale pour l'extraire du divericule qui la logeait et qui s'appliquait tétaniquement sur elle.

En tout cas, l'opération dans ces conditions aurait offert et elle doit offrir dans les cas analogues des dangers extrêmes. La *rupture utérine* est à redouter au premier chef par la cause que nous venons d'indiquer, et ensuite, parce que dans les circonstances de ce genre, la paroi de la matrice est généralement amincie et risque de céder très aisément.

Aussi, quoique n'ayant que ce cas à prendre pour exemple, nous pensons que, lorsqu'une malformation interne est reconnue dans un cas de présentation transversale, que la version semble devoir offrir la moindre difficulté, il faut s'abstenir et terminer l'accouchement par l'embryotomie.

Si, au contraire, la manœuvre est facile, dans les conditions d'une poche des eaux intacte, par exemple, la version est préférable. L'observation qui précède celle-ci en est une preuve.

Pour rendre plus claires les conclusions qui, pour nous, résultent de ce qui précède, nous disons qu'en dehors des particularités cliniques et thérapeutiques spéciales aux malformations de l'utérus

il en est deux moins connues qui nous paraissent démontrées par les observations nouvelles que nous faisons connaître. Ce sont les suivantes :

A. Le trouble apporté au mécanisme de l'accouchement et spécialement du troisième temps, dit temps de rotation, par le défaut de mobilité du tronc du fœtus tenant à l'enclavement du siège dans une des cornes utérines et à sa compression énergique par la contraction de la matrice.

Nous pensons que c'est là une cause *adjuvante* de la non-réduction des positions postérieures, et nous apportons deux faits à l'appui ;

B. La difficulté de la recherche des extrémités inférieures de l'enfant dans l'opération de la version et la difficulté qui se produit pour l'évolution du fœtus dans la manœuvre, tenant toujours à la même cause : inclusion de l'extrémité pelvienne dans une corne utérine, qui se contracte et qui, par sa contraction, en empêche le déplacement.

Dans le courant de notre travail, et à propos de chaque cas, on pourra voir que nous avons procédé par une hypothèse prudente et que nos conclusions n'ont d'absolu que ce qui touche aux faits. Quant à l'interprétation, nous avons émis une idée qui nous paraît raisonnable et nous souhaitons que d'autres faits viennent la confirmer.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers; application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isométrie et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale.

Pathologie externe. — Des atrophies de la papille en général.

Pathologie interne. — Des complications de la scarlatine.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction dans les luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition du suc des végétaux? Quels sont les procédés les plus souvent employés pour les extraire, les conserver, les clarifier? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides, sucrés, résineux et laiteux? Quelles sont les formes sous lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : le président de la thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GREARD.

